PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 24. marca 1917. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przyczynek kazuistyczny do wagotonii z osobliwie charakterystycznym objawem Aschnera

podał

Dr Roman Glassner.

Przypadek, który opiszę, należy pod względem objawowym do obrazu chorobowego, który Eppinger i Hess szczegółowo opisali i nazwali wagotonią. Z góry pragnę zaznaczyć, że nie przesądzam, czy wagotonia jest rzeczywiście odgraniczoną jednostką chorobową, wysnutą z ogólnego obrazu wzmożonej pobudliwości i czynności nerwowej, czy też jest następstwem dysfunkcyi pewnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, oddziałującej na układ wegetatywny. Zagadnienie to, jako ściśle teoretyczne, zostawiam na uboczu. Faktem jednak już dzisiaj niezaprzeczonym jest, że istnieje wzajemne oddziaływanie gruczołów wewnętrznego wydzielania na układ wegetatywny i odwrotnie. Badania Ehrmana i doświadczenia z praktyki lekarskiej najzupełniej stwierdzają, że adrenalina jest środkiem pobudzającym i drażniącym układ współczulny. Czy istnieje analogiczny hormon dla układu autonomicznego, dotychczas nie stwierdzono; na podstawie atoli tego, że istnieją środki, jak pilokarpina i fizostygmina, które wyłącznie działają na układ autonomiczny, należy się spodziewać, że i w ustroju krąży analogiczny hormon.

Aby objąć całkowity obraz wagotonii, należy choćby w zarysie przypomnieć, które narządy podlegają wpływom układu nerwu błędnego: 1) Gałązka nerwu okoruchowego, która zaopatruje ciałko rzęskowe, źrenicę, a najprawdopodobniej i dźwigacza powieki. 2) W strunie bębenkowej przebiega gałązka, która zaopatruje ślinianki. 3) Z narządów wewnętrznych podlegają wpływom nerwu błędnego serce, płuca i przewód pokarmowy. 4) Dolne odcinki jelita końcowego, pęcherz i narządy płciowe otrzymują swe podniety nerwowe od własnego nerwu miednicznego. Stwierdzono również oddziaływanie układu autonomicznego na obraz krwi i przemianę materyi.

Wagotropiczne trucizny, jak pilokarpina, wywołują eozynofilię, którą znosi atropina i adrenalina; również stwierdzoną jest rzeczą, że pilokarpina znosi cukromocz, wywołany zapomocą adrenaliny.

Mając w pamięci, które narządy wewnętrzne podlegają wpływom układu autonomicznego, pojmiemy, jak bardzo różnorodny i obszerny jest obraz kliniczny wagotonii. Najróżnorodniejsze zaburzenia układu krążenia, przewodu pokarmowego i oddechowego mogą być następstwem chorobliwie wzmożonego napięcia układu autonomicznego. Rozumie się samo przez się, że nie wszystkie narządy muszą przy wagotonii okazywać zaburzenia czynnościowe; raczej regułą jest, że na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia jednego tylko narządu, a za wagotonią przemawiają z jednej strony znamiona wagotoniczne, a z drugiej ustąpienie objawów pod wpływem trucizn, porażających układ autonomiczny.

Eppinger i Hess podają cały szereg cech ogólnych, charakteryzujących osoby, u których można stwierdzić wagotonię ogólną, czy miejscową. U ludzi z usposobieniem wagotonicznem można wywołać bardzo silne objawy i przypadłości wagotoniczne przez wstrzyknięcie trucizny wagotropicznej. Są oni wobec tych trucizn nadwrażliwi. Historya choroby naszego przypadku przedstawia się w krótkości następująco.

J. R. lat 22. Dziedzicznie nie obciążony. Jako dziecko przechodził płonicę; poza tem nigdy nie chorował. Przebył całą kampanię karpacką, z końcem czerwca zachorował, rzekomo na czerwonkę. Dopiero w okresie wyzdrawiania wystąpiły po raz pierwszy objawy obecnej choroby w postaci napadowych, gwałtownych kurczów w okolicy żołądka, wśród obfitych potów, niekiedy rozwolnienie, a czasem znowu zaparcie stolca ze stolcami tasiemkowatymi. Napady bólów były nadzwyczaj silne i często wymagały interwencyi lekarskiej.

Badanie przedmiotowe stwierdza, co następuje: Chory sprawia wrażenie chorego na chorobę Basedowa (patrz fig. 1), oczy

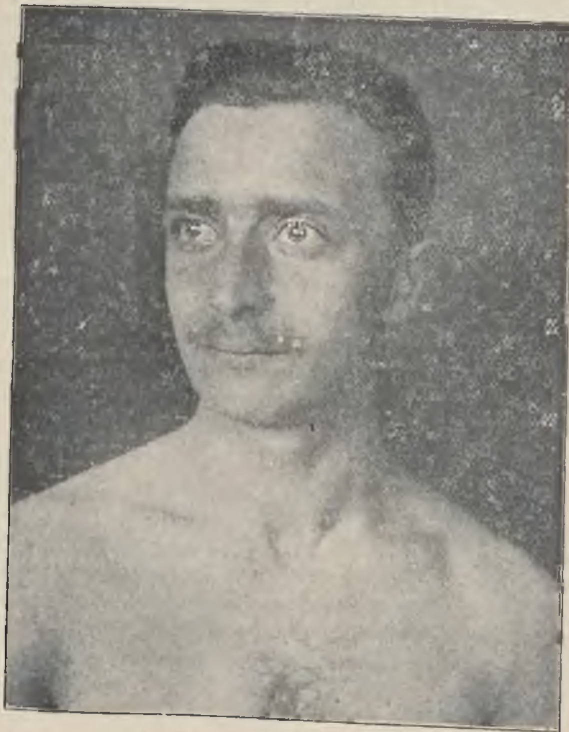


Fig. 1.

duże, błyszczące i niejako wysadzone, przyczem objaw Moebiusa, Graefego i Stellwaga ujemny. Migdałki duże, odruch gardłowy znacznie osłabiony (znamię wagotoniczne). Serce w gra-

nicach prawidłowych, tony serca czyste. Akcya serca przeważnie wolna; tętno dochodzi najwyżej do 60 uderzeń na minutę; ciśnienie krwi waha się między 85 a 90 Hg. Badanie fizyczne jamy brzusznej ujemne. Odruchy ścięgienne wzmożone, dermografia wyraźna. Przy ucisku na gałkę oczną następuje nietylko znaczne zwolnienie tętna, ale wprost kilkusekundowa przerwa czynności serca, przyczem chory doznaje uczucia silnego zawrotu, a nawet omdlenia.

To znaczne zwolnienie tętna, wywołane uciskiem na gałkę oczną, jest nader charakterystyczne dla usposobienia wagotonicznego; po raz pierwszy na ten objaw zwrócił uwagę Aschner w roku 1908 w »Wiener klin. Wochenschrift«.

Na zdjęciu sfigmograficznem tętna u tego chorego (patrz fig. 2) widać to zwolnienie bardzo wyraźnie.



Fig. 2.

Główne przypadłości dotyczą przewodu pokarmowego. Napady nadzwyczajnie silnych bolów pochodzą od skurczu odźwiernika. Podczas napadu stwierdziłem silny opór w okolicy żołądka; przyłożywszy rękę, wyczuwa się niejako stawianie się żołądka; są to ruchy antyperystaltyczne, które Holzknecht w podobnych przypadkach stwierdził rentgenologicznie. Chory wśród tego obficie się poci, a zarazem i z jamy ustnej obficie wypływa ślina. Badanie mechanizmu i chemizmu żołądkowego stwierdza wzmożoną kwaśność ogólną, jakoteż i wolny kwas solny. Zalegania treści żołądkowej niema, czas trawienia prawidłowy. Bóle nie pozostają w żadnym związku z okresem trawienia i występują o różnych porach dnia i nocy.

Jedynym środkiem, który nadzwyczaj szybko usuwał napady bolów, była atropina. Chory przez długi czas zażywał atropinę i był wolny od przypadłości; ilekroć na kilka dni atropinę odstawiono, znowu bóle występowały.

Badanie krwi, a właściwie wzajemnego stosunku ciałek białych w czasie wolnym od napadów daje następujący wynik: neutrofilne 58%, małe limfocyty 34%, duże limfocyty 3%, ciałka przejściowe 5%, eozynofilne 0%. Brak zatem ciałek eozynofilnych, charakterystycznych dla wagotonii, ale podawszy pilokarpinę, nietylko wywołałem gwałtowny napad bolów żołądka, ale i we krwi stwierdziłem 2% ciałek eozynofilnych. To wywołanie bolów i eozynofilii przez podanie pilokarpiny jest jednem z najpewniejszych znamion wagotonii. Zwracam również uwagę na pewien stopień limfocytozy (34%), którą spotykamy tak u wagotoników, jak i u sympatykotoników, na co w »Med. Klinik« Curschman wskazuje.

Jeżeli rozważymy nasz przypadek, to otrzymamy klasyczny obraz wagotonii.

Należy przypomnieć, że u wagotoników objawy wagotoniczne nie stale imają się jednego narządu; stąd pochodzi, że jednostki takie w różnych czasach odchodzą od lekarza z rozpoznaniami najróżnorodniejszych nerwic (serca, żołądka, jelit). Gdybyśmy u naszego chorego jego przypadłości i objawy ze strony poszczególnych narządów w różnych odstępach czasu osobno oceniali, z pewnością rozpoznawalibyśmy nerwicę. I tak objawy ze strony serca, zwolnione tętno i nizkie ciśnienie krwi, jako t. zw. »bradycardia hypotonica«; napady kurczów żołądka przy wzmożonej kwaśności, jako nerwicę wydzielniczoruchową żołądka; wreszcie owe tasiemkowate stolce z częstem parciem i wzdęciem, jako t. zw. »colitis spastica«, która również do nerwic zaliczana bywa.

Jakkolwiek i wagotonia jest uważana dotychczas za nerwicę i istota jej nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona, to jednak swojem określeniem tłumaczy nam cały szereg nieraz dość skomplikowanych zaburzeń w różnych narządach, które dotychczas oznaczaliśmy jako odrębne jednostki.

Dla charakterystyki czasu, w którym żyjemy i wydarzeń, które przeżywamy, wspomnę, że w literaturze lekarsko-wojennej ukazała się praca Dziembowskiego p. t. Wagotonia jako cierpienie wojenne.

Z Zakładu medycyny sądowej w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr L. Wachholz.

Uwagi o śmierci z oparzenia

podał

Józef Kucharski.

Wśród sekcyi, dokonanych w Zakładzie w ciągu ubiegłego dwulecia wojny, uderza już na pierwszy rzut oka wielka częstość śmierci z oparzenia. I tak, gdy w poprzedniem dwuleciu od 1. sierpnia 1912 do 31. lipca 1914 r. przypadło na 459 sekcyi 27 przypadków śmierci z oparzenia, t. j. 5·9%, ogółu sekcyi, to w dwuleciu wojny na 291 sekcyi było 24 przypadków śmierci z oparzenia, czyli 8·2%. Uwzględniając wiek sekcyonowanych ofiar oparzenia, przypada w ciągu dwulecia przed wojną 11 przypadków, czyli 9·4%, na dzieci do ukończonego 12 r. ż., 16 zaś czyli 4·9% na osoby starsze; w ciągu dwulecia wojny liczba przypadków śmierci z oparzenia u dzieci wynosi 18, czyli 23·3%, ilość zaś przypadków śmierci z oparzenia u osób starszych wynosi zaledwie 6, czyli 2·8%. Uderza tu zatem przeszło dwukrotny wzrost liczby przypadków śmierci u dzieci w ciągu dwulecia wojny i spadek znaczny, bo niemal 50% wynoszący, liczby przypadków śmierci z oparzenia u osób starszych, w porównaniu z procentowym stosunkiem oparzeń tych w dwuleciu poprzedzającem wojnę. Przypadki śmierci z oparzenia z dwulecia przed wojną tyczą się 8 mężczyzn i 8 kobiet, i to w wieku powyżej ukończonego 12 r. ż. Oparzenia te wydarzyły się wśród zawodowego zajęcia, wskutek nieostrożności. W dwuleciu wojny przypada z ogólnej liczby 6 osób dorosłych, które uległy śmierci z oparzenia, 5 na kobiety, z tych 4 na kobiety podeszłego, względnie starczego wieku, wynoszącego 50, 70, 70, 70 l. ż. Jeżeli uwzględnimy powyższe dane statystyczne, to dojdziemy łatwo do wniosku, iż przyczyną tego znacznego wzrostu liczby przypadków oparzenia dzieci do 12 r. ż. i nieporadnych, podeszłych wiekiem kobiet w ciągu dwulecia wojny stał się brak należytej opieki nad temi osobami, zwłaszcza zaś nad dziećmi, pozostawionemi w pewnych porach dnia bez nadzoru osób dorosłych, a przedewszystkiem matek.

Przy tej sposobności pragnę zwrócić uwagę na pewne zmiany w narządach wewnętrznych, którym w czasach ostatnich przypisuje Kolisko[1]) wpływ zasadniczy na zejście śmiertelne. Jak wiadomo, następuje w przypadkach oparzenia śmierć albo wcześnie, t. j. w ciągu pierwszej doby, albo późno, t. j. w czasie dłuższym niż pierwsza doba, licząc od chwili oparzenia. Jeżeli śmierć następuje niemal bezpośrednio po oparzeniu, to przypisujemy przyczynę jej wstrząsowi, wynikłemu z zadrażnienia przez wpływ termiczny skórnych nerwów czuciowych. Przypadki, zakończone śmiercią po upływie kilku godzin od doznanego oparzenia tłómaczą autorzy jeszcze spóźnionym wstrząsem (shock retlenti), natomiast śmierć, zachodząca po upływie dłuższego już czasu, lecz w każdym razie w ciągu jeszcze pierwszej doby, jako też śmierć, nastająca w ciągu pierwszych kilku dni od oparzenia, była przedmiotem licznych badań, które w czasach ostatnich, między innemi przeprowadzone przez

---

[1]) Über Befunde an den Nebennieren bei Verbrennungstod (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1914. t. 47.

prof. Reissa, dochodziły do wniosku, iż wchodzi tu w grę czynnik trujący, jako przyczyna właściwa śmierci.

Badania Reissa. H. Pfeiffera, Heydego i Vogta zajmowały się wykryciem właściwego czynnika toksycznego. Tymczasem Kolisko zwracał w ciągu szeregu lat baczną uwagę przy sekcyi zwłok osób oparzonych na zachowanie się gruczołów bez przewodów. w szczególności zaś na nadnercza. Przekonał się on, że w przypadkach śmierci z oparzenia, która nastąpiła co najmniej po upływie kilkunastu godzin, okazują nadnercza zmiany, bądźto odrazu gołem okiem dostrzegalne, bądź też dające się stwierdzić badaniem mikroskopowem i mikrochemicznem. Zmiany te spostrzegał Kolisko bądź w jednem, bądź w obu nadnerczach, a polegały one najczęściej na silnem przekrwieniu kory nadnerczy, przedstawiającej szaroczerwone zabarwienie, w miejsce prawidłowego siarkowożółtego zabarwienia. W najwybitniejszych przypadkach stwierdzał Kolisko wybroczyny, jakby nadzianki krwawe wśród kory i substancyi rdzeniowej nadnerczy. Poza tem stwierdzał on większy lub mniejszy zanik substancyi tłuszczowatych (lipoidalnych), którym, jak wiadomo, przypisują nowoczesne badania wpływ wiązania jadów. nawiedzających ustrój, a więc ich zobojętnianie. Takie same zmiany zauważano w nadnerczach po wstrzyknięciu toksyny błoniczej.

Kolisko dochodzi na podstawie tych swoich spostrzeżeń do następującego tłómaczenia przyczyny śmierci z oparzenia, występującej po upływie kilkunastu godzin, względnie kilku pierwszych dni po oparzeniu. Przy oparzeniu powstaje, zdaniem jego, dotąd jeszcze bliżej niezbadany jad, tworzący się, być może, we krwi zmienionej pod wpływem wysokiej ciepłoty. Ten jad podrażnia nadnercza, mianowicie ich korę do wzmożonej czynności związania go i unieszkodliwienia. Wzmożona czynność nadnerczy uwidocznia się ich przekrwieniem, które może być tak silne, że wywołuje pękanie naczyń i wybroczyny wśród miąższu nadnerczy. Tak więc, zdaniem Koliski, nie sam jad jest przyczyną śmierci w tych przypadkach oparzenia, jak to sądzili poprzednio wymienieni badacze, lecz dopiero ustanie czynności nadnerczy, zmienionych pod wpływem tego jadu.

Podobne zmiany w nadnerczach, t. j. krwotoki wśród ich miąższu, spotykano już wedle Biedla [2]) u osób zmarłych wskutek chorób zakaźnych, skazy krwotocznej, toż samo po urazach lub przy zakrzepach żył nadnerczy. Wedle Koliski [3]) wszelkie krwotoki, nadwerężające miąższ nadnerczy, stanowią dostateczne wyjaśnienie przyczyny nagłej śmierci. Powołuje się on na Simmondsa, który u noworodków i oseskow niejednokrotnie stwierdzał krwotoki nadnerczy jako przyczynę nagłej ich śmierci. Przedewszystkiem bardzo często stwierdzano te zmiany u noworodków, urodzonych w stanie omdlenia i przypisywano dlatego ich powstanie trudnemu porodowi, wymagającemu mechanicznych zabiegów. Jednakże spotykano te zmiany także na zwłokach noworodków, których poród odbył się siłami natury. Zmiany te krwotoczne w miąższu obu nadnerczy stwierdzono w tutejszym Zakładzie w przypadku popełnionej zbrodni dzieciobójstwa przez zadławienie noworodka. Ponieważ w przypadku dzieciobójstwa wszelkie zabiegi mechaniczne nie wchodzą w rachubę, gdyż poród jako tajny bywa szybki i łatwy, zatem przypadek ten dowodzi również, iż inna musi w tych razach zachodzić przyczyna powstawania krwawień w narządach noworodków. Być może, że jest nią silne przekrwienie, jakie wśród duszenia powstaje w narządach wewnętrznych.

Z ogólnej liczby 24 przypadków śmierci z oparzenia, poddanych w Zakładzie sekcyi w ciągu dwulecia wojny, nastąpiła śmierć w ciągu pierwszej doby w 14 przypadkach, w reszcie przypadków zaś po upływie czasu dłuższego. W 9 przypadkach była niemal cała powierzchnia ciała oparzona, w 6 przypadkach niemal połowa, w 9 — conajmniej $1/_3$; w 5 przypadkach oparzenie było drugiego stopnia, w 19 drugiego i trzeciego stopnia. Wśród tych 24 przypadków stwierdzono tylko w dwóch rozległe zawały krwawe w nadnerczach u dwojga dzieci, zmarłych po upływie doby od czasu oparzenia. Zmiany te były tak znaczne, że uwidoczniały się już w chwili odsłonięcia nadnerczy. W reszcie przypadków, w których nadnercza nie uderzały zewnętrznem swem wejrzeniem »in situ«, bliżej ich nie badano.

Krwotoczne ogniska w dwóch wspomnianych przypadkach nie ograniczały się do samej kory, lecz zajmowały znaczną część substancyi rdzeniowej, która, jak to wynika z badań nad nadnerczem, wydziela niezbędnie dla życia potrzebną adrenalinę. Otóż, opierając się na obecności tych ognisk krwotocznych w substancyi rdzeniowej nadnerczy, należałoby tłómaczenie Koliski uzupełnić tem, że nie wyłącznie zmiana w samej korze nadnerczy, lecz także i to przedewszystkiem, zmiana w ich substancyi rdzeniowej wiedzie w tych przypadkach do śmierci; albowiem zmiany krwotoczne w substancyi rdzeniowej nadnerczy znoszą lub zmniejszają wydzielanie adrenaliny, podnoszącej ciśnienie krwi. Ten brak adrenaliny musi wywoływać spadek ciśnienia krwi, tem samem niedomogę serca, a wiadomo, że śmierć w przypadkach oparzenia następuje wśród objawów wybitnej niedomogi serca i zapadu.

[2]) Innere Sekretion. Berlin-Wien 1913. T. I, str. 393.

[3]) Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. (Dietrich: Handb. d. Ärtz-Sachverst.-tätigkeit. Wien-Leipzig 1913, str. 1354).

Praca fizyczna, jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie.

Podał

Dr Ant. Kuczewski z Zakopanego.

Zarys historyczny.

W kraju, gdzie nauki społeczne i śród nich higiena społeczna najwcześniej i najbujniej się rozwinęły i znalazły w życiu szerokie zastosowanie, w Anglii, najpierwej w umyśle Dr Georgea Bodingtona powstała myśl walki z gruźlicą śród niższych warstw ludności za pomocą powietrznodyetetycznego leczenia suchot płucnych w zamkniętych, specyalnie do tego celu przystosowanych zakładach (21).

Obok i równorzędnie ze świeżem powietrzem i odpowiedniem odżywianiem wysuwa się tu już w r. 1840 trzeci czynnik leczniczy, — ruch w postaci stopniowo wzrastającej przechadzki — »walking gradually increasing« (9). Ozdrowieńcom nadto zaleca Bodington pracę w ogrodzie i polu — »gardening and farming occupations for convalescent« (9).

Herman Brehmer w Niemczech 14 lat później, według wszelkiego prawdopodobieństwa niezależnie od angielskiego swego poprzednika (21), wprowadza i propaguje tę samą ideę. Śród uderzającego podobieństwa głoszonych przez obu apostołów nowych zasad leczenia pierwiastek ruchu zajmuje poczestne miejsce. Różnica między nimi dotyczy tylko ilościowej strony sprawy. Brehmer bowiem ogranicza się tylko do stopniowo dawkowanej przechadzki, natomiast Bodington wyraźnie zaleca, jak widzieliśmy, pracę fizyczną w ścisłem tego słowa znaczeniu. Uczeń Brehmera, P. Dettweiler, sprzeniewierza się poniekąd zasadom mistrza i upośledzając w swym systemie leczenia ruch, na miejsce jego wysuwa znaną »Liegekur« (21). Pod przemożnym wpływem Dettweilera ta metoda zapanowuje prawie niepodzielnie w uzdrowiskach dla gruźliczych w Niemczech i za ich przykładem na całym kontynencie Europy.

Tylko Dr O. Walther nie daje się porwać temu nowemu prądowi i wierny nauce Brehmera w dalszym ciągu stosuje w swem sanatoryum w Nordrach-Kolonie, założonem w r. 1889 (21), ruch, jako pierwszorzędny czynnik leczniczy. Co do wysokości dawki tego środka przekracza on wszakże granice, przez nauczyciela zakreślone. Według twierdzenia M. S. Patersona (4)

chorzy w Nordrach-Kolonie w końcu leczenia mieli robić po 20 mil angielskich[1]) na dzień.

Oprócz Walthera Dr F. Wolff podnosi w r. 1892 myśl wprowadzenia pracy fizycznej do kolonii wiejskich, jakie proponuje zakładać w Niemczech dla suchotników, ale bezskutecznie. Odtąd idea leczenia pracą fizyczną chorych na gruźlicę w ojczyźnie Brehmera, zwłaszcza po zwinięciu uzdrowiska w Nordrach, na długo przygasa.

Odwrotnie, w Anglii z powstaniem tam ruchu sanatoryalnego na większą skalę, zasada, zapożyczona na razie od Walthera, przyjmuje się głęboko i szeroko. Trafiwszy na podatną glebę zamiłowania angielskiego narodu do ćwiczeń fizycznych na otwartem powietrzu, tak tutaj rozrosła się i spotężniała, że odbiegła daleko od wzoru i źródła, skąd powstała. Gdy teraz porównać leczenie pracą fizyczną, szeroko i systematycznie stosowane w W. Brytanii według zasad M. S. Patersona i R. Philipa, to widzi się w niem raczej zmartwychwstałego ducha Bodingtona, zalecającego, jak widzieliśmy, obok przechadzek pracę w ogrodzie i polu, niż przykład, zaczerpnięty z południa Niemiec, uwzględniający wyłącznie przechadzkę.

Poza W. Brytanią w Danii, choć w nierównie mniejszym stopniu, zrozumiano lecznicze znaczenie pracy fizycznej. Prof. Chr. Saugman, uczeń Brehmera i Walthera, był twórcą pierwszego w Danii uzdrowiska dla gruźliczych, noszącego nazwę Vejlefjord, założonego w r. 1900. Tu odrazu wprowadzono ruch, w postaci przechadzek stopniowo dawkowanych po ścieżkach, jak w Görbersdorfie, o łagodnem wzniesieniu się i spadzie. W ludowych sanatoryach tego kraju posunięto się dalej i uwzględniono pracę fizyczną w szerszym zakresie. Pod względem systematyczności w stosowaniu tego czynnika leczniczego duńskie uzdrowiska ustępują znacznie wszakże wielkobrytyjskim. Nawet w Nakkeböle Fjord Sanatorium, gdzie w marcu r. 1914 szczegółowo badałem tę sprawę, wytrawny jego kierownik, Dr O. Helms, mimo ośmioletniej swej pracy w wymienionym kierunku (12) nie zdołał doprowadzić tego sposobu leczenia do takiego wydoskonalenia, na jakiem stoi »graduated labour« w Anglii z Walią i Szkocyi.

W Niemczech sprawa pracy fizycznej, jako czynnika leczniczego w uzdrowiskach dla gruźliczych, szerzej zaczęła zajmować ogół lekarski od czasu II Zjazdu niemieckich »Tuberkulose-ärzte« w r. 1904. Między nimi nie brakuje zwolenników tego sposobu leczenia, że wymienię Wolffa, Liebego, Weickera, Schrödera, Breckego i Koperta, ale większość hołduje bezwzględnie Dettweilerowskiej »Liegekur«. Tam, gdzie nawet stosują pracę fizyczną, pozostaje ona w większości przypadków tylko dodatkiem do zasadniczego leczenia leżeniem.

O Szwajcaryi, zwłaszcza mówiącej po niemiecku, w tym względzie da się tylko to powiedzieć, że jej uzdrowiska ludowe, jak we wszystkiem innem, tak w tem również niedaleko odbiegły od wzorów, czerpanych od potężnego sąsiada. Przekonałem się o tem naocznie w czasie zwiedzania instytucyi przeciwgruźliczych tego kraju w czerwcu i lipcu r. 1913. Na usprawiedliwienie wszakże niemieckich lekarzy należy zaznaczyć, że mimo najlepszych chęci i wiedzy nie mogą nieraz stosować pracy fizycznej w kierowanych przez siebie uzdrowiskach, a to ze względów postronnych, nic z leczeniem wspólnego nie mających, o czem będzie mowa niżej.

Praca dawkowana w Wielkiej Brytanii.

Przed 30 laty powstaje z zapoczątkowania i pod kierunkiem Dr Roberta Wiliama Philipa w Edynburgu pierwsza na kuli ziemskiej opieka-przychodnia (22).

Twórca pierwszej tego rodzaju instytucyi przeciwgruźliczej pierwszy też po Bodingtonie zaczął tu stosować między innemi ćwiczenia fizyczne dawkowane i gimnastykę oddechową śród przychodzących chorych. »Pacyenci, mówi sam Philip (1), używali przechadzek, czasem dość długich, w ciągu wyznaczonego czasu. Tu zwracano wielką uwagę na ćwiczenia w prostem trzymaniu się i prawidłowem oddychaniu. Szczególniej młodzież pouczano o wielkiem znaczeniu prawidłowej budowy klatki piersiowej. Nadto kładziono nacisk na oddychanie nosem i powolne, ale pełne ruchy przepony brzusznej. Przechadzki zalecano, stopniowo dawkując tak, jak to czynimy z lekarstwami«.

Działo się to w r. 1887, gdy nie istniało jeszcze żadne uzdrowisko dla gruźliczych w całej W. Brytanii, gdy nie mogło być mowy o żadnym wpływie postronnym na Philipa, bo o Bodingtonie nawet w jego własnej ojczyźnie zdołano gruntownie zapomnieć, uzdrowisko zaś O. Walthera powstało 2 lata później.

»Wyniki takiego postępowania były nader zadowalające«, — wywodzi dalej Philip. »Ta próba wywołała cały przewrót w moich poglądach na leczenie gruźlicy« kończy on swoje wynurzenia. Następstwem dalszem było założenie po upływie siedmiu lat pierwszego ludowego uzdrowiska dla gruźliczych w W. Brytanii pod Edynburgiem pod nazwą Victoria Hospital i w r. 1910 kolonii wiejskiej w Polton, w których jako jedna z głównych podstaw leczenia została wprowadzona stopniowo dawkowana praca fizyczna (22).

W r. 1904 Dr M. S. Paterson, rozszerzywszy nieco zakres omawianego czynnika, wprowadza go do sanatoryum Frimley, założonego przez londyński Brompton Hospital. O leczeniu tem wygłasza on obszerny referat na VI Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w r. 1908, gdzie na ten temat przeprowadzono wyczerpującą dyskusyę. Pomijając samego referenta i Philipa, oświadczyły się stanowczo za tym sposobem leczenia takie powagi, jak Th. Wiliams, Pottenger i nawet Pannwitz (8).

Badając w lecie i jesieni r. 1913 uzdrowiska dla gruźliczych w W. Brytanii, zwróciłem szczególną uwagę na ten mało jeszcze znany czynnik leczenia gruźlicy płuc.

Według moich spostrzeżeń i wymienionych niżej źródeł leczenie ćwiczeniami i pracą fizyczną przedstawia się w W. Brytanii w następujący sposób.

Główną zasadą jego stosowania jest ścisłe indywidualizowanie i, co za tem idzie, stopniowanie w dawkowaniu, niekiedy nader subtelne. Nadto w całem Zjednoczonem Królestwie, gdzie prawie we wszystkich przeze mnie zbadanych sanatoryach, tak ludowych, jak prywatnych, co szczególnie podkreślam, wprowadzono w mniejszym lub większym zakresie ten sposób leczenia, we wszystkich, powtarzam, zakładach tego rodzaju chorzy są odpowiednio i skrupulatnie dobierani. Odbywa się to tem łatwiej, że uzdrowisko ludowe stanowi w W. Brytanii zwykle tylko jedno z ogniw (22) w całej koordynacyi innych równorzędnych z niem środków walki z gruźlicą. Chorzy przeto, zanim trafią do sanatoryum, są przesiewani najpierwej w opiece-przychodni, a następnie w szpitalu, skąd dopiero po przeprowadzonej ścisłej obserwacyi i badaniu bywają przenoszeni do uzdrowiska. Ale i tutaj nie odrazu są poddawani leczeniu pracą fizyczną. Każdy chory, dla wypróbowania jego sił i stanu zdrowia, musi przez jakiś czas, średnio przez tydzień, pozostać w bezwzględnym spokoju, t. j. w łóżku. Gdy ciepłota nie podnosi się wyżej 99° F. według jednych, albo 98·8° F. według innych (4 i 24)[2]) u mężczyzn, u kobiet zaś 99·6° F., gdy tętno nie przekracza 95 uderzeń na minutę, gdy oddychanie odbywa się swobodnie, gdy przeto można wnosić, że choroba pozostaje nieczynną, a stan sił jest zadowalniający, wówczas zaleca się choremu umiarkowany ruch. Dalszem przeciwwskazaniem jest skłonność do krwiopłucia.

Żadnego zaś prawie znaczenia nie ma ilościowa strona sprawy chorobowej; nawet III okres według podziału Turbana nie stanowi przeciwwskazania. Rozstrzygają tu względy nie anatomiczne, ale fizyologicznej sprawności ustroju.

Jeżeli chory, poddany próbie leżenia w łóżku, mimo to ma którykolwiek z wyliczonych objawów, to musi zachować w dalszym ciągu bezwzględny spokój, póki choroba nie przestanie być czynną. W przypadku przeciwnym odbywa się stopniowe wypuszczanie chorego z łóżka na coraz dłuższy przeciąg czasu. Z początku wolno mu zejść tylko do obiadu. Jeżeli to nie wpłynie ujemnie na przebieg choroby, czas leżenia w miarę próby coraz bardziej się zmniejsza i nareszcie pozwala się choremu przejść do umiarkowanego ruchu w postaci przechadzki według Philipa, albo lekkiej pracy ręcznej według Patersona. Ta praca ręczna w angielskich uzdrowiskach zwykle poprzedza przechadzkę, od której bezpośrednio zaczynają się ćwiczenia fizyczne w Szkocyi. Praca ręczna polega na szyciu, robieniu mat, mioteł i t. p. w siedzącej postawie. Gdy po 10—14 dniach tej lekkiej pracy stan zdrowia chorego nie przestaje poprawiać się, wówczas zaleca się przechadzkę. Co do chorych bez podniesienia ciepłoty i z gruźlicą nieczynną, ale o stanie ogólnym słabym, to na razie nie daje się im żadnej pracy, ale też nie trzyma się ich w łóżku. Ruchu używają tyle tylko, ile go potrzeba do przychodzenia do stołu. Resztę czasu spędzają, siedząc na balkonie[3]). Gdy wszakże stan ich sił (łaknienie, waga, stan podmio-

[1]) Mila angielska = 1·61 kilometra.

[2]) 99° według F. = 37·2° według C.

[3]) Większość wielkobrytyjskich uzdrowisk nie posiada wcale werand-leżalni w ścisłem tego słowa znaczeniu. Zastępują

towy) zacznie się poprawiać, wówczas zaleca się im przechadzkę, stopniowo zwiększającą się. Zaczyna się przechadzka od 1/4 mili na dzień po równem miejscu, następnie stopniowo wzrastając dochodzi do 10 mil, najczęściej rozdzielonych w następujący sposób: zrana 5 mil, 4 mile popołudniu i 1 mila wieczorem po obiedzie. Jeżeli teren sanatoryum na to pozwala, to stosuje się chodzenie po ścieżkach o łagodnym spadzie i wzniesieniu. Jako zasadę przy przechadzkach zaleca się trzymanie proste głowy i oddychanie nosem przy zamkniętych ustach. Pierwsze przechadzki odbywa się powolnym krokiem z dłuższymi lub krótszymi odpoczynkami. Tego przepisu przestrzega się szczególniej u chorych ze zmianami rozpadowemi w płucach. Co do następnych, to czyni się coraz mniej zastrzeżeń w tym względzie. Jeżeli przechadzka wywołuje trudność w oddychaniu, to w wielu sanatoryach zupełnie zakazuje się tego rodzaju ruchu.

Poza przechadkami stosuje Philip w Victoria Hospital w tym stopniu ćwiczeń fizycznych gimnastykę płucną jeden albo 2 razy dziennie i ćwiczenia dla poprawienia ruchu klatki piersiowej, ramion i głowy. Na te ruchy zwłaszcza zwraca się się najbaczniejszą uwagę u dzieci gruźliczych, dla których założono szkołę przy tym szpitalu.

Gdy chory przerobi wyliczone ćwiczenia fizyczne z przechadzką włącznie, wdraża się go powoli i z jeszcze większą oględnością do właściwej pracy fizycznej.

Dr M. S. Paterson opracował ten system i rozwinął z wielką dokładnością do najdrobniejszych szczegółów i dlatego podam go, jako najbardziej obszerny i typowy, nadto najlepiej mi z moich badań w sanatoryum Frimley znany. Główne zasady leczenia pracą fizyczną w ścisłem tego słowa znaczeniu poza wyliczonemi wyżej są nadto następujące.

Praca powinna być celowa, aby chorzy byli przekonani o jej użyteczności i widzieli jej wyniki. Przed podniesieniem się ciepłoty najwcześniej wskazują na przepracowanie: ból głowy, zmniejszenie się łaknienia, pogorszenie stanu podmiotowego, bóle w piersiach i uczucie znużenia albo nawet wyczerpania. Przy tych objawach należy przerwać niezwłocznie pracę i zastosować spokój, aż one miną. Gdy to nastąpi, chory wraca do dawnego stopnia pracy. Jeżeli tu w ciągu kilku dni nie wystąpi żaden z objawów przepracowania, wówczas chorego posuwa się do trudniejszego rodzaju pracy.

Philip w swoim systemie podaje poza okresem spokoju dwa właściwie stopnie, z których każdy ma jeszcze poddziały. Paterson zaś, pomijając spokój i wyliczone ćwiczenia fizyczne, dzieli stosowanie pracy fizycznej na 5 stopni. W każdym stopniu chory z zasady przebywa 3 tygodnie i, jeżeli nie zachodzą przeciwwskazania, po upływie tego czasu przechodzi do wyższego co do trudności stopnia. Stopniowanie to polega na następnem.

I. stopień: Noszenie koszów z ziemią albo z innym materyałem. Tutaj 3 poddziały: a) kosz z zawartością waży 12 funtów[4]); przenosi się go na przestrzeni 50 yardów[4]); koszów takich 80. Innemi słowy przejdzie się 4000 yardów[4]) z ciężarem i tyleż z powrotem. b) Ciężar kosza z zawartością wynosi 18 funtów i c) tosamo 24 funty wagi.

II. stopień, t. zw. »małej łopaty«. Tutaj łopatą, używaną do rzucania węgla kamiennego, chorzy wykopują 2 tonny[4]) ziemi i rzucają je do taczek na wysokości 7 stóp. Najwyżej dochodzi się do 4 ton.

III. stopień, t. zw. »wielkiej łopaty«, to jest używanej przez ziemnych robotników. Chorzy robią tosamo i w takim samym zakresie, jak w poprzednim stopniu.

IV. stopień obejmuje pracę najcięższą kilofem, która polega na skopywaniu nieruszanej ziemi i kopaniu dołów.

W wymienionym zakładzie leczniczym w czasie mego w nim pobytu we wrześniu r. 1913 najszerzej był uwzględniony I stopień. Nadawał się on bardziej, niż inne, dla każdego chorego bez różnicy zawodu, zwłaszcza dla osób inteligentnych zawodów, nie był ciężki i, co najważniejsza, wszystkie mięśnie ustroju są tu mniej więcej równomiernie zajęte.

Dla chorych, którzy przeszli przez wszystkie stopnie i pracowali w ostatnim 6 godzin dziennie, dodano:

V. stopień, w którym chorzy przez 3 ostatnie tygodnie przed opuszczeniem uzdrowiska wdrażają się do pracy własnego zawodu. W tym celu urządzono w sanatoryum osobne pracownie dla stolarzy, tokarzy, szewców, krawców i introligatorów. Nadto niektóre zawodowe prace odniesiono do wyliczonych stopni. Tak n. p. malowanie pokojowe, kopanie i rąbanie drzewa odpowiada II stopniowi, piłowanie drzewa III stopniowi, karczowanie lasu IV stopniowi.

Zaczynając od tych, którzy robią 4 mile (prawie 6·5 kilometr.) przechadzki dziennie, wszyscy chorzy ścielą swoje łóżka, zmieniają na nich bieliznę, czyszczą swoje ubrania i obuwie, — na co jest przeznaczona osobna galerya —, sprzątają w pokojach, myją okna, froterują posadzkę w pokojach, salach i korytarzach, robią porządki w salach i jadalni, w której też czyszczą rzeczy mosiężne. We Frimley, jak również w Benenden-Sanatorium spotkałem się z oryginalnym i według mnie zasługującym na naśladowanie zwyczajem czyszczenia naczynia stołowego przez samych chorych. Każdy chory otrzymuje do wyłącznego swego użytku cały garnitur naczynia i sztućców z ręcznikami do wycierania, który przechowuje pod określonym numerem w osobnym przedziale szafy. Po spożyciu każdego posiłku chorzy skrupulatnie obmywają swoje naczynie w osobnych, na ten cel przeznaczonych, a w bezpośredniem sąsiedztwie z jadalnią położonych zbiornikach, do których przeprowadzono gorącą wodę.

Dla kobiet wypracowano tesame stopnie pracy fizycznej, tylko w mniejszym zakresie, n. p. kosze i łopaty są mniejsze. Nadto ilość roboty, w tymsamym okresie czasu wykonywanej, jest tu mniejsza, niż u mężczyzn. Kobiety utrzymują zwykle w porządku cały teren około swoich pawilonów, uprawiają ogrody jarzynowy i kwiatowy, prowadzą hodowlę drobiu.

Dodatkowy VI stopień pracy fizycznej odpowiada ciężkiej pracy robotników ziemnych.

Pierwszą wskazówką, że chory robi zawiele, jak już wyżej zaznaczono, jest strata apetytu i lekki ból głowy. Jeżeli te objawy zlekceważyć i nie przerywać pracy, to następuje podniesienie się ciepłoty ponad poziom prawidłowy. To należy uważać za bezwzględny sygnał alarmowy, że praca jest za wielka. Jeżeli i na to nie zwrócić uwagi, to ciepłota idzie bardziej w górę; rozpoczynają się bóle w kończynach i stawach i razem z bólem głowy wszystkie te objawy niekiedy przypominają grypę. W początku wprowadzenia pracy fizycznej do Frimley-Sanatorium (4) zauważono, że chorzy za wiele oddawali się grom ruchowym, co wywoływało powyższe objawy i wogóle polepszenie stanu zdrowia nie było dostatecznie zadowalniające. Należy to tłomaczyć tem, że chorzy, robiący przepisane 4 mile dziennie, gdy wieczorem jeszcze przy krokiecie n. p. oddawali się zbyt silnemu i żywemu ruchowi, to znacznie przekraczali dawkę stopniowanej pracy fizycznej. Dlatego zostało wydane przez lekarza rozporządzenie (4), że chorzy poczynając tylko od II stopnia mogą uprawiać takie, jak krokiet, gry.

Wogóle godziny odpoczynku powinny być taksamo uporządkowane, jak godziny pracy. Gra na fortepianie, na skrzypcach i śpiew powinny być uważane za ćwiczenia. Spostrzegano, że chorzy po całogodzinnej grze na pianinie dostawali podniesienia ciepłoty do 99° F. (37·2 C.) z bólem głowy.

Już po kilkunastu miesiącach doświadczeń Paterson zauważył (4), że chorzy po niewielkiem podniesieniu ciepłoty do 99° F. wskutek przepracowania, gdy musieli potem kilka dni spędzać w spokoju, niekiedy nietylko nie doznawali pogorszenia stanu zdrowia, ale raczej poprawy. Niektórzy zaś chorzy wprost stale wykazywali polepszenie po każdorazowym kilkudniowym wypoczynku, spowodowanym poprzedzającem przepracowaniem.

Nieraz powstaje pytanie, co robić z chorymi, którzy wprawdzie co do ciepłoty i łaknienia dają pomyślne wskazania, ale wcale nie wykazują polepszenia ani w płucach, ani w ogólnym stanie zdrowia, ani w wadze. Czy posuwać ich do wyższego stopnia, czy pozostawiać więcej w spokoju? W większości przypadków zaleca się trudniejszą pracę. Pomyślne wyniki zachęcają do takiego postępowania.

Niżej podaję statystykę wyników leczenia we Frimley-Sanatorium w ciągu r. 1905, 1906 i 1907, dowodzący co najmniej, że są one nie gorsze, niż w uzdrowiskach niemieckich, gdzie, jak wiadomo, przeważa leczenie leżeniem. Jeżeli się zważy, że wszyscy chorzy z tego angielskiego sanatoryum po opuszczeniu zakładu w stanie poprawy wracają do swoich dotąd uprawianych zawodów, to trudno nie przyznać wyższości leczenia pracą fizyczną nad »Liegekur«. Jako komentarz do przytoczonych liczb, nadmienić należy, że wszyscy chorzy przeszli przez wszystkie stopnie pracy dawkowanej. Z nich niektórzy są w pracy najmniej 7 miesięcy, większość zaś 2—3 lat. Pomiędzy tymi, których umieszczono w rubryce »nie wiadomo« (»not reported«),

je w tych sanatoryach, gdzie leczenie leżeniem jeszcze stosują, t. zw. »shelters«, czyli namiotami z desek.

[4]) 50 yardów = 150 angielskim stopom; stopa = 0·30 metra. Angielski funt = 450 gramów; tonna (ton) = 2240 funtów = 1016 kilogr.

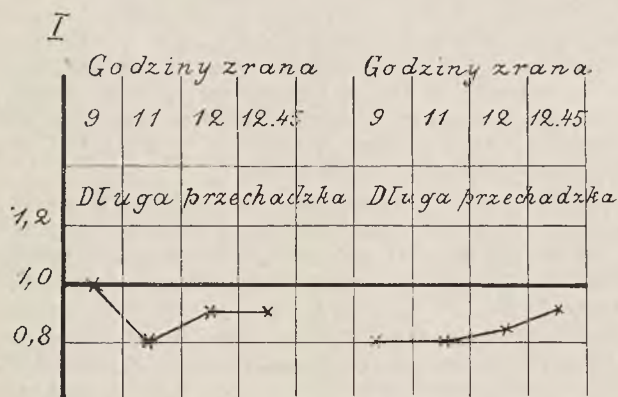
są również wszyscy ci, którzy opuścili uzdrowisko w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed sporządzeniem statystyki, co do których wiadomo, że są w pracy.

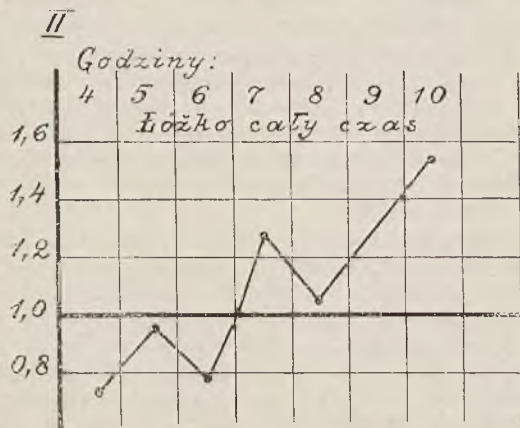
253	są w pracy
9	nie są w pracy
74	niewiadomo
8	zmarło
344	

W tem samem Frimley-Sanatorium, które stanowi jedną ze składowych części londyńskiego Brompton Hospital, postarano się o naukowe uzasadnienie leczenia pracą fizyczną. Lekarz tego szpitala Dr A. C. Inman na podstawie 300 badań wskaźnika opsoninowego sposobem Almrotha Wrighta u chorych, poddawanych omawianemu sposobowi leczenia, doszedł do przekonania (5), że jak przy czynnej gruźlicy zachodzi samorodnie, tak przy nieczynnej dzięki stosowaniu pracy fizycznej powstaje sztucznie autoinokulacya własną tuberkuliną, wytwarzaną w samym ustroju. Przy gruźlicy czynnej ta autoinokulacya ma pozostawać w prostym stosunku do »activity« choroby (patrz tabl. II). W przypadkach słabo czynnej gruźlicy autoinokulacya może sama przez się nie odbywać się, póki ustrój pozostaje w spokoju; ruch wszakże może ją wywołać. Zachodzi tu w ustroju odczyn, podobny do tuberkulinowego. Odczyn ten, samorodny czy sztucznie wywołany, objawia się w wahaniach wskaźnika opsoninowego. 95% chorych badanych co do wskaźnika opsoninowego wykazało jego wahania choć raz jeden w ciągu doby. Podniesienie się ciepłoty pod wpływem pracy fizycznej odpowiada ujemnej fazie wskaźnika, która swoją koleją dowodzi nadmiernej autoinokulacyi (tabl. III i IV). Bezwzględny spokój może ją przytłumić. Jeżeli nawet ciężka praca fizyczna przestaje oddziaływać na wskaźnik, który przedtem często się wahał, to jest to dość dobrym dowodem, że choroba jest stłumiona.

Dla lepszego oświetlenia podaję kilka tablic wahań wskaźnika opsoninowego, zaczerpniętych z dzieła Inmanna (5).

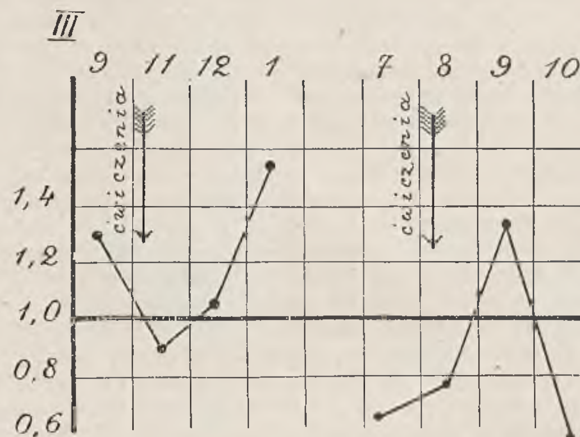
Pierwsza tablica daje obraz wskaźnika u człowieka zdrowego w czasie długiej przechadzki[5]),



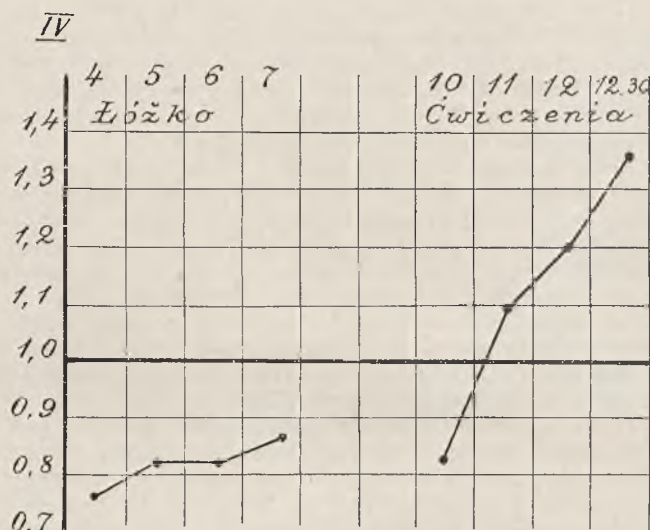


[5]) Jak wiadomo, Wright podaje wskaźnik opsoninowy dla ludzi zdrowych w granicach 0·8—1·2.

Tablica trzecia wykazuje wpływ ćwiczeń na przypadek gruźlicy we wczesnym okresie o niewielkich zmianach.



Następna znowu uwidocznia wahania wskaźnika opsoninowego u osobnika gruźliczego zależnie od spokoju i ćwiczeń.



Poprzestając na tych kilku rysach próby, podjętej przez wielkobrytyjskich badaczy w celu naukowego uzasadnienia leczenia gruźlicy płuc dawkowaną pracą fizyczną, przechodzę do opisu rozmiarów stosowania tego sposobu leczenia w W. Brytanii.

Studyując na miejscu wielkobrytyjską walkę z gruźlicą, nie mogłem tam znaleść ani jednego sanatoryum, ani schroniska (a zwiedziłem i zbadałem ich latem i jesienią 1913 r. 37), któreby w mniejszym lub większym zakresie nie wprowadziło pracy fizycznej, jako czynnika leczniczego. Co ważniejsza, w uzdrowiskach dla zamożnych i średniozamożnych przyjęło się leczenie ćwiczeniami i pracą fizyczną równie dobrze, jak w ludowych. Miałem sposobność niejednokrotnie przekonać się naocznie, jak n. p. w Pinewood-Sanatorium, przeznaczonem, jak nasza Rudka, dla średniozamożnej inteligencyi, że chorzy przerabiają tu ściśle wszystkie stopnie systemu Philipa-Patersona. Właśnie za mego pobytu w tem uzdrowisku część chorych z głównym lekarzem na czele wycinała i karczowała las sosnowy około zakładu, przygotowując miejsce na ogród. W innem słynnem sanatoryum, imienia króla Edwarda VII, także dla średniozamożnych, widziałem, jak chorzy płci obojga wykonywali stopniowo dawkowane ćwiczenia fizyczne i lekką tylko pracę fizyczną. Tosamo da się powiedzieć o prywatnych uzdrowiskach: Southbourne West, East Anglian i innych. Natomiast, w Mendip Hills i zwłaszcza w Crooksbury-Sanatorium system Patersona wprowadzono w całej rozciągłości, w tem drugiem z pewnemi zmianami w stopniowaniu. W Szkocyi we wzgórzach Kinross-shire'u natrafiłem nawet na takie uzdrowisko dla zamożnych, pod nazwą Ochil Hills, gdzie ozdrowieńcom, pomijając już takie męczące sporty, jak n. p. golf, pozwalano uprawiać polowanie na obszernym, obejmującym 400 akrów[5]) terenie zakładu.

Wyników leczenia w tych prywatnych sanatoryach, coby

[5]) Akr = 0·4 hektara.

w tym względzie rozstrzygało, sprawdzić niestety nie mogłem, bo nie wydają one sprawozdań, ale lekarze tych zakładów upewniali mnie, że pracy fizycznej zawdzięczają bardzo wiele pod względem leczniczym. Co więcej, kierownik wymienionego już Crooksbury-Sanatorium, Dr F. R. Walters, wybitny znawca sanatoryalnego leczenia gruźlicy nietylko w swojej ojczyźnie, ale na całej kuli ziemskiej, jest gorącym zwolennikiem leczenia dawkowaną pracą fizyczną, czemu dal wyraz w swoich dziełach, zwłaszcza w znakomitej pracy pod tyt.: »Sanatorium Treatment of pulmonary Tuberculosis« (24).

Co do uzdrowisk ludowych, które najbardziej mnie obchodziły, to już opisałem stosowanie w nich pracy fizycznej. Mogę nadto dodać, że naocznie na każdym kroku w W. Brytanii przekonywałem się, iż większość robót, często najtrudniejszych w zakładzie, wykonują chorzy. W Benenden Sanatorium wskazywano mi całe szeregi zabudowań gospodarczych, dróg, ścieżek i mostów, wybudowanych rękami chorych. Najwymowniejszym wszakże przykładem, jakich robót oni dokonują, sądzę, będzie spis tych robót, wzięty przezemnie ze sprawozdań niejednokrotnie wspomnianego Frimley-Sanatorium: 1) Wszystkie malarskie roboty wewnątrz i zewnątrz zabudowań uzdrowiska. 2) Wykopanie, przesianie i rozsianie żwiru po drogach i ścieżkach zakładu Poszło na to 150 ton żwiru. 3) Wycięcie drzew i krzaków naokoło zabudowań uzdrowiska w postaci pasa szerokości 20 stóp (6 metrów) dla ochrony otaczającego lasu na wypadek pożaru w uzdrowisku. 4) Wykopanie i przesianie żwiru i piasku na przestrzeni 5 akrów (2 hektarów). 5) Osuszenie i założenie trawnika na przestrzeni 2 akrów. 6) Sporządzenie wału naokoło terenu zabudowań sanatoryalnych, zamiast płotu. 7) Ścięcie i porąbanie na części około 310 drzew. 8) Uporządkowanie większej części terenu sanatoryalnego, który na ogół obejmuje 20 akrów (8 hektarów). 9) Wybudowanie inspektów. 10) Wybudowanie chlewa dla trzody. 11) Wybudowanie kurnika i wszystkich w nim urządzeń. 12) Założenie 1500 stóp (457 metrów) rur dla wodociągu o wysokiem ciśnieniu i hydrantów. 13) Wymurowanie 150 yardów (137 metrów) długiego kurytarza, prowadzącego z kuchni do hali maszyn. Za mego pobytu w tem sanatoryum chorzy między innemi wymurowali z cegły na zaprawie wapiennej oraz cementowej duży basen na fontannę.

Dla lepszego przedstawienia stosunku spokoju, stosowanego w ludowych uzdrowiskach W. Brytanii, do pracy, przytaczam 3 tablice porządku dnia ważniejszych tego rodzaju zakładów w tym kraju.

Tabl. V.

Victoria Hospital w Edynburgu.

6 godz.	Chorzy wstają. Filiżanka herbaty.	1·30	Odpoczynek 30 min.
7·30	Słanie łóżek.	2·00	Ćwiczenia i praca.
8·00	Śniadanie.	5·30	Odpoczynek.
8·30	Zabiegi lecznicze. Odpoczynek 30 min.	6·00	Wieczerza.
9·30	Ćwiczenia i praca	6·45	Odpoczynek. Zabiegi lecznicze.
12·30	Odpoczynek.	7·15	Rekreacya.
1·00	Obiad.	8·30	Łóżko.

Tabl. VI.

Northwood.

6 godz.	Gorące mleko.	12·30	Obiad.
6·30	Ubieranie się.	1·30	Odpoczynek.
7·00	» »	2·00	Ćwiczenia i praca.
7·30	Odpoczynek.	4·00	Odpoczynek.
8·00	Śniadanie.	4·30	Herbata.
8·30	Odpoczynek.	5·00	Odpoczynek.
9·00	Praca.	6·00	Rekreacya.
10·30	Praca w polu.	7·00	Wieczerza.
12·00	Odpoczynek.	7·30	Łóżko.

Tabl. VII.

Benenden.

7 godz.	Wstawanie z łóżka.	4·15	Odpoczynek.
7·45	Kąpiel. Słanie łóżka.	5·30.	Herbata i rekreacya.
8·30	Śniadanie.	7·30.	Wieczerza.
10·00	Ćwiczenia i praca.	8·30	Łóżko.
12·15	Odpoczynek.	9·00	Gaszenie światła.
1·30	Obiad.		
2·30	Praca, ćwiczenia albo odpoczynek wedle przepisu.		

Zakres stosowania dawkowanej pracy fizycznej w porównaniu z ludowemi uzdrowiskami bywa znacznie większy w t. zw. Farm Colony, t. j. w koloniach wiejskich dla ozdrowieńców. Zbadałem szczegółowo jedną z nich, mianowicie Edynburską kolonię, położoną w osadzie Polton. Zakład ten przedstawia jedno z ogniw w systemie walki z gruźlicą Dr Philipa. Nie chcąc powtarzać tego, co już o nim napisałem (22), nadmienię tylko, że chorzy, odpowiednio przez Victoria Hospital dobierani, wykonują tu najcięższą pracę w polu, ogrodzie i stodole. Praca ta wszakże jest ściśle dawkowana i odbywa się pod bacznym dozorem lekarza. Przytoczona niżej tablica porządku dnia w tej kolonii da wyobrażenie o ilości pracy.

Tabl. VIII.

6 godz.	Wstawanie z łóżka, kąpiel, ubieranie się.	5·00	Koniec pracy.
6·45	Śniadanie.	5·30	Wieczerza.
7·00	Praca.	6·15	Modlitwa.
9·00	Drugie śniadanie.	6·50	Rekreacya.
9·45	Praca.	8·30	Filiżanka kakao.
1·00	Obiad.	9·45	Łóżko.
2·00	Praca.	10·00	Gaszenie światła.

Na tem kończę rozdział o leczeniu pracą fizyczną w W. Brytanii i przechodzę do innych krajów, gdzie ono w większym zakresie znalazło zastosowanie.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1914/15, XLI działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

VII. Posiedzenie zwyczajne d. 4. III. 1915 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych członków 11, gość 1.

1. S. Dobrucki i W. Jasiński przedstawili 14-letnią dziewczynkę, u której Jasiński rozpoznał **nowotwór mózgu** w lewej półkuli w okolicy brózdy środkowej, Dobrucki zaś dokonał zabiegu operacyjnego według metody Krausego: zabieg przygotowawczy — odsłonięcie opony twardej, płat kostny, a po 16 dniach zabieg właściwy — otwarcie opon. Jak się okazało, był to glejak, zrośnięty z istotą mózgową w sposób, wykluczający możność wyłuszczenia. Chora zniosła zabieg dobrze, nie skarży się obecnie na bóle głowy, widzi lepiej (decompressio).

2. E. Moniuszko (ze Zwierzyńca) odczytał pracę: **O usypianiu eterem za pomocą wlewań do odbytnicy**. Prelegent omówił krótko dotychczasowe usypiania eterem, podkreślając obawę powikłań płucnych przy wdychaniu oraz trudności przy stosowaniu eteru przez maskę przy operacyach na twarzy. Nowy sposób, wypracowany przez prelegenta i zastosowany przez niego w 300 przypadkach, polega na stosowaniu eteru w połączeniu z oliwą w postaci wlewań do odbytnicy w ilości około 240 cm^3 (180—190,0 eteru oraz 50—60,0 oliwy). M. wlewa początkowo niewielką część (około 50,0) tej mieszaniny, gdy zaś parcie znika, wlewa resztę, poczem chory zasypia bez okresu podniecenia w ciągu 20—30 minut. W celu ułatwienia uśpienia wstrzykuje M. uprzednio morfinę. Sen trwa bez przerw do kilku godzin; po operacyi M. usuwa nadmiar eteru przez wypompowanie zwykłą gruszką gumową. M. dokonał szeregu poważnych zabiegów (w tej liczbie operacye z otwarciem jamy brzusznej) i uśpienie nie zaszkodziło. Powikłań nie widywał (w jednym przypadku jednorazowo domieszka krwi w wypróżnieniu). Przypadki śmiertelne, jakie się zdarzały (2), zależne były od istoty cierpienia, nie od uśpienia.

Dyskusya: a) J. Czarnecki zaznacza, że obawy powikłań płucnych przy zwykłem stosowaniu eteru są nieuzasadnione, gdyż zapalenia płuc zdarzają się równie często przy stosowaniu chloroformu i zależne są od zakażeń z jamy ustnej. Większość zabiegów na twarzy dokonać można w znieczuleniu miejscowem. Sposób usypiania eterem za pomocą wlewań do odbytnicy podał Pirogoff w r. 1847 i początkowo zyskał wielu zwolenników;

okazało się jednak, że skutkiem tego występowały — nawet dość późno po zabiegu — owrzodzenia w odbytnicy i kątnicy z następczem ropnem zapaleniem otrzewnej. Dumont przed 10 laty zaczął stosować eter przez odbytnicę za pomocą osobnego przyrządu do rozpylania, lecz i w ten sposób nie uniknięto owrzodzeń (Baum podał 2 przypadki śmiertelne w 4 dni i w 2 tygodnie po uśpieniu). Arndt w r. 1911 próbował 5% wodnego roztworu eteru, lecz również prób tych zaniechał. Na tej zasadzie Cz. uważa stosowanie eteru przez odbytnicę za niebezpieczniejsze od dotychczasowego stosowania przez maskę.

b) S. Dobrucki do sposobów usypiania eterem, podanych przez prelegenta, dodaje amerykańską metodę: eter wlewa się kroplami przez grubo złożoną gazę (około 12 warstw), przez co unika się nagłego oziębiania. Co do sposobu, opisanego przez prelegenta, D. zastanawia się, czy eter wchłania się tu wraz z oliwą, czy też oliwa wpływa tylko na powolniejsze parowanie eteru. Nie przesądzając wartości metody Moniuszki, D. wyraża zdanie, że żadnej metody nie należy stosować szablonowo we wszystkich przypadkach; wlewania przez odbytnicę uważałby n. p. za przeciwwskazane przy laparotomiach. Dążeniem naszem w zakresie badań nad usypianiem powinno być unikanie ogólnego uśpienia, stosowanie zaś jak najszersze znieczuleń miejscowych. Co do przypadków, zakończonych śmiercią, nie można »a priori« wykluczać związku z uśpieniem.

c) B. Dziemski za przeciwwskazane uważałby stosowanie tego uśpienia u ciężarnych. — d) Cz. Czerwiński zgadza się z Dobruckim, że usypianie ogólne nawet na większych oddziałach chirurgicznych stosowane bywa często w przypadkach, gdzie dałoby się z powodzeniem zastosować znieczulenie miejscowe. Dane co do szkodliwości wlewań eteru do odbytnicy, przytoczone przez Czarneckiego, nie mogą w równej mierze dotyczyć metody, opisanej przez prelegenta, gdyż działanie eteru może tu być złagodzone przez dodanie oliwy.

d) Moniuszko w odpowiedzi zaznacza, że opisanej metody nie opracował w całej rozciągłości (brak piśmiennictwa), stosować ją zaczął z konieczności (dla braku pomocy przy usypianiu); żadnych powikłań nie spostrzegał, a przypadki śmiertelne stanowczo odnosi do ciężkich objawów choroby, a nie do uśpienia. Zgadza się w zupełności co do przewagi znieczulenia miejscowego nad ogólnem.

3. Cz. Czerwiński przedstawił następujące preparaty:

a) macicę wielkości głowy dorosłego człowieka z mnóstwem śródmiąższowych i podsurowiczych **włókniaków;**

b) macicę z **włókniakiem** śródmiąższowym wielkości dużej pomarańczy; guz mógł być względnie łatwo wyłuszczony z pozostawieniem całego narządu, gdyby nie wiek chorej (42 lat), który nie usprawiedliwiłby zastosowania tego więcej niebezpiecznego zabiegu;

c) macicę z **włókniakiem** podsurowiczym, wielkości dużej cytryny, na tak długiej szypułce, że dało to powód do mylnego rozpoznania torbieli skórzastej; macicę usunięto wraz z guzem ze względu na obecność mnóstwa bardzo drobnych włókniaków podsurowiczych. Wszystkie 3 preparaty otrzymano drogą zabiegu brzusznego z pomyślnem dla chorych zejściem;

d) tylną wargę macicy, amputowaną z powodu olbrzymiego **przerostu tej wargi**. Preparat pochodzi z wieloródki, która zgłosiła się o poradę z powodu »wypadnięcia« macicy; amputowana część kształtem swoim i wielkością odpowiada kurzemu jajku;

e) macicę wraz z jajnikami i jajowodami, usuniętą sposobem Wertheima z powodu **raka szyjki macicznej;**

f) macicę z **rakiem części pochwowej**, usuniętą metodą Doyena (pochwową);

g) 2-miesięczną **ciążę jajowodową** lewostronną, t. zw. »abortus tubarius«;

h) preparat prawostronnej **ciąży jajowodowej**, pękniętej z 2-miesięcznym płodem: przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na tę okoliczność, że pęknięcie nastąpiło w chwili przystąpienia do operacyi;

i) preparat **obustronnej ciąży jajowodowej;** w przypadku tym przy badaniu chorej rozpoznano tylko prawostronną ciążę zewnątrzmaciczną; po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że lewy jajowód pękł dawniej, jak to można było określić ze znalezionych w jamie Douglasa skrzepów krwi i on to był przyczyną klinicznych objawów wewnętrznego krwawienia; prawy zaś znaleziono nienaruszony, lecz wrzecionowato rozszerzony, aż do wielkości dużego orzecha włoskiego; na przecięciu znaleziono jaje płodowe zamarłe. (Autoreferat).

VIII. Posiedzenie roczne, zwołane na 4. VII. 1915, odłożono do 4. września 1915. Sekretarz: W. Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Rada zawiadowcza nadała na posiedzeniu w dniu 6. marca b. r. sześciu wdowom dożywotnie pensye, z zastrzeżeniem, że Walne Zgromadzenie nadanie potwierdzi. Oprócz tego 36 wdowom przyznano jednorazowe zapomogi. Nadania te czynią razem 6.480 koron. W roku 1916 pobrane pensye wynosiły 11.715 kor., jednorazowe zapomogi 3.545 kor. — razem 15.260 kor. W latach wojny 1914—1916 pobrały nasze wdowy i sieroty 44.245 kor., a jeżeli do tego dodamy 9.850 kor., które wypłacono w pierwszych trzech miesiącach roku 1917, to Towarzystwo lekarzy galicyjskich, w czasie tej wielkiej potrzeby, wspomogło je dotąd kwotą 54.095 kor. Nazwiska wdów i sierot, które pobierały pensye i zapomogi, oraz wysokość kwoty, pobranej przez każdą wdowę lub sierotę, ogłosimy w Sprawozdaniu Towarzystwa za 1916 rok, które się w kwietniu w Przeglądzie lek. ukaże.

W lutym odbyły się, po posiedzeniu naukowem, wybory w Oddziale jarosławskim. Przewodniczącym wybrano Dr Czyżewicza, zastępcą Dr Sawickiego, sekretarzem Dr Orłowskiego. Delegatem na Walne Zgromadzenie wybrano kolegę przewodniczącego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 28. III. b. r. posiedzenie, na którem prof. Dr Tokarz miał wykład p. t. Służba sanitarna w wojsku polskiem w r. 1830/31.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 28. marca w klinice okulistycznej (ul. Kopernika 40).

Lwów. Zarząd Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na r. 1917 stanowią: dyr. Dr Kohlberger, prezes, prof. Dr Hornowski, wiceprezes, Dr Papée, sekretarz stały, Dr Bocheński, sekretarz doroczny, prym. Dr Lenartowicz, skarbnik.

Zmarli: Dr Michał Silberbart w 66 r. ż. w Aleksandrowie; Dr Stanisław Stadnicki, lekarz m. Chęcin, z duru osutkowego.

Redakcya otrzymała: L. Doboszyński: Kilka uwag o akcyi przeciwgruźliczej. Kraków 1917, stron 17. — Serkowski: Nowe prądy w zakresie biologii i bakteryologii mleka i produktów mlecznych. (Gazeta rolnicza 1916). — Euf. Herman: O rzadziej spostrzeganych objawach w przypadku guza mózgu. (Gaz. lek. 1916).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 28. marca 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice okulistycznej** (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) Dr Engländer: Przedstawienie chorych. 2) Dr Kleczkowski: Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i ślepoty zmierzchowej (hemeralopia) (z demonstracyą przyrządów). 3) Dr Rosenhauch: Z dziedziny okulistyki. 4) Dyskusya nad demonstracyami kol. Nowaczyńskiego, prof. Rosnera i Szancenbacha (z d. 7. III. b. r.) (zgłoszeni kol. Wojciechowski, Engländer, prof. Braun), oraz nad wykładami prof. Majewskiego i Dr Kleczkowskiego.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.